

แบบกำกับระยะเวลาการทำงาน

ตามคู่มือประชาชน: การขอเปลี่ยนแปลงรายการแก้ไขในใบอนุญาตด้านยา
กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์

สถานที่ขยายยา ชื่อ..... อำเภอ.....ผู้มาติดต่อ..... โทร.....

ขั้นตอนการดำเนินการ

ลำดับที่	ขั้นตอน	ระยะเวลา	วันที่ปฏิบัติงาน	ลงนาม
1	ตรวจสอบเอกสาร และชำระค่าคำขอฯ เมื่อเอกสารครบถ้วน	1 วันทำการ		ผู้ประกอบการ (.....) เจ้าหน้าที่ (.....)
2	- เจ้าหน้าที่ตรวจสอบ ประวัติเงื่อนไข และคุณสมบัติที่กฎหมายกำหนด แก้ไขใบอนุญาต - บันทึกข้อมูลการแก้ไขลงในระบบ SKYNET ตามคำขอของผู้ประกอบการ - แก้ไขใบอนุญาตฉบับจริง - ทำบันทึกข้อความ การแก้ไขรายการ ในใบอนุญาตและเสนอลงนาม	5 วันทำการ		เจ้าหน้าที่ (.....)
3	นายแพทย์สสจ. ลงนาม	3 วันทำการ		เจ้าหน้าที่ (.....)
4	ส่งหนังสือแจ้งให้ผู้ประกอบการทราบ ผลการพิจารณา และให้มารับ ใบอนุญาต	3 วันทำการ		เจ้าหน้าที่ (.....)
5	วันที่ผู้ประกอบการได้รับหนังสือแจ้ง (ตามไปรษณีย์ตอบรับ)			เจ้าหน้าที่ (.....)
6	ผู้ประกอบการรับใบอนุญาตภายใน 15 วัน ทำการนับจากวันที่ได้รับ หนังสือแจ้งให้มารับ	15 วันทำการ		ผู้ประกอบการ (.....) เจ้าหน้าที่ (.....)

รวมระยะเวลาทำการ 12 วันทำการ

แบบตรวจสอบเอกสารคำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลง (เปลี่ยนผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ)

ชื่อ-สกุล ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจ.....

โทรศัพท์.....

ชื่อสถานที่ขาย/ผลิต/นำส่ง.....ใบอนุญาตเลขที่.....

✓ กรณีถูกต้องครบถ้วนตามข้อกำหนด หรือทำเครื่องหมาย x กรณีไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วนตามข้อกำหนด หรือเครื่องหมาย - กรณีไม่จำเป็นต้องมี

ลำดับ ที่	รายการตรวจสอบเอกสารบุคคลธรรมดา	ผู้ยื่นคำขอ ตรวจสอบ	เจ้าหน้าที่ ตรวจสอบ	บันทึกข้อบกพร่อง
กรณีเปลี่ยนผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ, เพิ่ม, ถอน				
1.1	คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลง (ตามประเภทใบอนุญาต)			
1.2	คำรับรองผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ต้องมารับรองต่อหน้าเจ้าหน้าที่			
1.3	คำรับรองการปฏิบัติงานจากหน่วยงาน *(กรณีใบอนุญาตขายยา)* ตามแบบฟอร์มที่ อย. กำหนด (แบบ ข.ย.14 หน้า3)			
1.4	สัญญาระหว่างผู้ขออนุญาตและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการจำนวน 3 ชุด			
1.5	สำเนาใบประกอบการโรคศิลปะ หรือสำเนาใบประกอบวิชาชีพ			
1.6	สำเนาผลการค้นหา รายชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพเภสัชกรรม และ CPE จากเว็บไซต์ สภาเภสัชกรรม (http://www.pharmacycouncil.org/index.php)			
1.7	ใบรับรองแพทย์ตัวจริง (ต้องไม่เกิน 1 เดือน) พร้อมระบุ 5 ต้องห้ามเป็น ของผู้รับอนุญาตเกี่ยวกับยา ดังต่อไปนี้ (1) โรคเรื้อน (2) วัณโรคในระยะอันตราย (3) โรคเท้าช้างในระยะปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม (4) โรคติดยาเสพติดให้โทษอย่างร้ายแรง (5) โรคพิษสุราเรื้อรัง			
1.8	สำเนาบัตรประชาชน ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ			
1.9	สำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ			
1.10	หนังสือมอบอำนาจกระทำการแทนผู้ขออนุญาต (กรณีไม่สามารถติดต่อด้วยตนเอง) ติดอากรแสตมป์ 10 บาท			
1.11	สำเนาบัตรประชาชนของ ผู้มอบอำนาจ และ ผู้รับมอบอำนาจ (รับรองจริง)			
1.12	ใบอนุญาตฉบับจริง			

ผลการตรวจรับ

เอกสารครบถ้วน/ถูกต้อง รับคำขอและเอกสารไว้เพื่อดำเนินการต่อไป

เอกสารไม่ครบถ้วน/ไม่ถูกต้อง เนื่องจาก

.....

คืนเอกสารคำขอ แล้วให้นำมายื่นใหม่ภายหลังพร้อมแก้ไขให้ถูกต้อง

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจฯ ลงชื่อ.....

วันที่...../...../.....

ผู้ตรวจเอกสาร ลงชื่อ.....

วันที่...../...../.....

เลขรับที่
วันที่
ลงชื่อ..... ผู้ยื่นคำขอ

คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน

เขียนที่

วันที่

ข้าพเจ้า

(ชื่อผู้รับอนุญาต)

มีผู้ดำเนินกิจการ ชื่อ..... (เฉพาะกรณีนิติบุคคล)

เลขที่บัตรประชาชน

- ได้รับอนุญาตให้
- ขายยาแผนปัจจุบัน
 - ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ
 - ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จสำหรับสัตว์
 - ขายส่งยาแผนปัจจุบัน

ใบอนุญาตเลขที่..... ณ สถานที่ขายยาชื่อ.....

ตั้งอยู่เลขที่..... ตรอก / ซอย..... ถนน.....

หมู่ที่..... ตำบล / แขวง..... อำเภอ / เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรศัพท์มือถือ.....

ขอเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาต ดังต่อไปนี้

.....

.....

.....

.....

.....

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

- (๑) ใบอนุญาตประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยาหรือใบแทน
- (๒) เอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับรายการที่ขอเปลี่ยนแปลง

(ลายมือชื่อ)..... ผู้ยื่นคำขอ

(.....) ตัวบรรจง)

(ลายมือชื่อ)..... ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

(.....) ตัวบรรจง)

คำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า อายุ ปี สัญชาติ

เลขที่บัตรประชาชน

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่ ตรอก / ซอย ถนน

หมู่ที่ ตำบล / แขวง อำเภอ / เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

โทรศัพท์มือถือ E mail

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ ตรอก / ซอย ถนน

หมู่ที่ ตำบล / แขวง อำเภอ / เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

โทรศัพท์มือถือ E mail

ขอให้คำรับรองต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ว่า

 ผู้ประกอบวิชาชีพ(๑) ข้าพเจ้าเป็น ผู้สำเร็จหลักสูตรการอบรมตามมตรา ๔๘ แห่งพระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๒๒
(เฉพาะสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายและยาควบคุมพิเศษ)

ใบประกอบวิชาชีพ / หนังสือรับรอง เลขที่

ออกให้ ณ วันที่ เดือน พ.ศ. วันหมดอายุ (ถ้ามี)

(๒) ข้าพเจ้าไม่อยู่ระหว่างการพักใช้ใบประกอบวิชาชีพ

(๓) ข้าพเจ้าขอรับรองว่าขณะนี้ข้าพเจ้ามิได้เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของสถานที่ประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยาแห่งใด

(๔) ขณะนี้ข้าพเจ้า ไม่ได้รับราชการหรือทำงานอยู่แห่งใด รับราชการหรือทำงานอยู่ที่

เวลาราชการ / เวลาทำงาน

(๕) ข้าพเจ้าจะเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการประจำ ณ สถานที่ขายยาชื่อ

ตั้งอยู่เลขที่ ตรอก / ซอย ถนน

หมู่ที่ ตำบล / แขวง อำเภอ / เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

เวลาปฏิบัติการ

(๖) ข้าพเจ้ารับทราบและจะปฏิบัติตามหน้าที่ตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องที่กำหนดไว้ ตลอดระยะเวลาที่ข้าพเจ้าเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของสถานที่แห่งนี้โดยเคร่งครัด

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

(๑) สำเนาทะเบียนบ้าน

(๒) สำเนาบัตรประชาชน

(๓) คำรับรองการปฏิบัติงานจากหน่วยงาน พร้อมตราประทับในกรณีรับราชการหรือทำงาน (ตามแบบฟอร์มที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากำหนด)

(๔) เอกสารอื่น ๆ (ถ้าจำเป็น)

ข้าพเจ้าทราบดีว่าหากคำรับรองที่ข้าพเจ้าให้ไว้เป็นเท็จ ข้าพเจ้าจะถูกดำเนินคดีอาญาฐานแจ้งความเท็จต่อเจ้าพนักงาน

กรณีการขอใบอนุญาตใหม่ ให้ทำคำรับรองนี้ต่อหน้าพนักงานเจ้าหน้าที่

(ลายมือชื่อ)..... ผู้ให้คำรับรอง

(ลายมือชื่อ)..... พนักงานเจ้าหน้าที่

สัญญาระหว่างผู้รับอนุญาตกับผู้หน้าที่ปฏิบัติการ
ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สัญญาระหว่าง.....ในนามของ.....

เลขที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....ซึ่งต่อไปในสัญญานี้เรียกว่า "ผู้รับอนุญาต" ฝ่ายหนึ่งกับ.....

() การบำบัดโรคสัตว์

ผู้ประกอบการ () โรคศิลปะ แผน.....สาขา.....

() วิชาชีพ.....

ชั้น.....ใบอนุญาตเลขที่.....ซึ่งต่อไปในสัญญาเรียกว่า "ผู้หน้าที่ปฏิบัติการ" อีกฝ่าย

หนึ่ง ทั้งสองฝ่ายได้ตกลงทำสัญญานี้เพื่อปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ร่วมกันโดยมีข้อความดัง

ต่อไปนี้

1. ผู้รับอนุญาตยินยอมและตกลงให้ผู้หน้าที่ปฏิบัติการเข้าปฏิบัติหน้าที่ ณ.....

ของผู้รับอนุญาตเพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ตั้งแต่วันที่ทำสัญญาเป็นต้นไป

2. ผู้หน้าที่ปฏิบัติการยินยอมรับปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ในหน้าที่ที่กำหนด
ไว้ตามข้อ 1. ของสัญญานี้ทุกประการ

3. ผู้รับอนุญาตยินยอมจ่ายค่าเงินทดแทนเป็นรายเดือนให้ผู้หน้าที่ปฏิบัติการ เดือนละ.....บาท
(.....) ภายในวันสิ้นเดือนปฏิทินทุก ๆ เดือน

4. หนังสือสัญญานี้มีอายุสัญญา จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.....

5. หากคู่สัญญาฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดบอกเลิกสัญญานี้ก่อนครบกำหนดตามข้อ 4. ต้องแจ้งเป็นลายลักษณ์
อักษรให้อีกฝ่ายหนึ่งทราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่า.....วัน และต้องแจ้งให้กองควบคุมยาทราบตามกฎหมายด้วย

6. หากต้องมีการแก้ไขเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้หน้าที่ปฏิบัติการทำอยู่ เพื่อให้การ
ปฏิบัติการได้เป็นไปโดยถูกต้องตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 และกฎกระทรวงซึ่งออกตามความในพระราช
บัญญัติยาดังกล่าว ผู้รับอนุญาตยินยอมปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้หน้าที่ปฏิบัติการทุกประการ

7. ภาษีเงินได้ที่จะต้องเสียตามกฎหมาย ผู้รับอนุญาตและผู้หน้าที่ปฏิบัติการตกลงกันว่า.....

เป็นผู้เสีย

-8. หากปรากฏว่า คู่สัญญา-

8. หากปรากฏว่า คู่สัญญาฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดไม่ปฏิบัติตามสัญญานี้แม้แต่ข้อหนึ่งข้อใด สัญญานี้เป็นอัน
เลิกกันทันที โดยคู่สัญญาไม่ต้องปฏิบัติตามข้อ 5. และคู่สัญญาที่มีสิทธิจะฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายได้ตามกฎหมาย
หากมีการฟ้องร้องกันขึ้น ทั้งสองฝ่ายตกลงกันว่าฝ่ายที่ผิดสัญญาจะต้องเป็นผู้ชดใช้ค่าใช้จ่ายในการฟ้องร้อง เช่น
ค่าทนายและค่าธรรมเนียมศาล หรืออื่น ๆ เป็นต้น

9. สัญญานี้ทำขึ้นเป็นสามฉบับมีข้อความตรงกัน คู่สัญญาต่างยึดถือไว้คนละหนึ่งฉบับและมอบให้
กองควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเก็บไว้เป็นหลักฐานหนึ่งฉบับ

คู่สัญญาทั้งสองฝ่ายต่างเข้าใจข้อความในสัญญานี้ดีแล้ว จึงได้ลงชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ).....ผู้ชื้ออนุญาต

(ลงชื่อ).....ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

(ลงชื่อ).....พยาน

(ลงชื่อ).....พยาน